

obliquement dirigé de haut en bas, de dehors en dedans, et d'arrière en avant. Beaucoup plus large, mais un peu moins long chez l'homme que chez la femme, il présente des variétés individuelles nombreuses qui favorisent plus ou moins la formation des hernies. Ces variétés se rapportent principalement à l'orifice inférieur du canal, dont la description a tant préoccupé les anatomistes de notre époque. J'ajoute que cette portion de la paroi abdominale présente, d'ailleurs, des variétés infinies dans le nombre, la force, et même la disposition des plans fibreux qui entrent dans sa composition (on peut s'en assurer en comparant les figures 217 et 219) : d'où la diversité des descriptions, d'où l'obscurité même de certaines d'entre elles.

Il est, toutefois, possible de présenter une étude de cette région qui réponde à la grande majorité des cas, qui soit en harmonie avec ce que nous enseigne la clinique et nous permette de comprendre le mode de production des hernies inguinales ainsi que le traitement qu'il convient de leur appliquer.

La hernie inguinale étant beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, c'est le canal inguinal de l'homme que j'aurai surtout en vue dans ma description.

Le canal inguinal offre à considérer deux orifices et un trajet : l'un des orifices est superficiel, cutané ; l'autre est profond, péritonéal. L'orifice cutané est, le plus souvent, désigné sous le nom d'orifice externe, d'anneau externe, mauvaise expression, puisqu'il est, en définitive, plus rapproché que l'autre de la ligne médiane du corps. Les expressions *supérieur* et *inférieur* sont plus exactes. J'étudierai donc successivement l'orifice inférieur ou cutané, l'orifice supérieur ou péritonéal et le trajet du canal inguinal.

Orifice inférieur ou cutané (fig. 217). — Cet orifice présente une forme elliptique à grand diamètre obliquement dirigé en bas et en dedans. Sa hauteur est, en moyenne, de 2 à 2 centimètres $\frac{1}{2}$; sa largeur est moitié moindre.

Il est essentiellement constitué par deux faisceaux de fibres provenant de l'aponévrose du grand oblique de l'abdomen. D'abord contigus, ces faisceaux s'écartent l'un de l'autre, de manière à donner naissance à deux piliers qui vont se fixer solidement au pubis. Les deux piliers, en s'écartant, laissent entre eux un intervalle triangulaire dont le sommet est externe et supérieur ; cet intervalle est transformé en un orifice elliptique par l'adjonction de fibres dont la disposition varie à l'infini, mais qui ont toujours pour but de relier entre eux les deux piliers, d'en empêcher l'écartement, de fermer en haut l'orifice, de constituer, en un mot, l'anneau inguinal.

Ces dernières fibres ont reçu des noms différents, suivant l'aspect sous lequel elles se sont présentées aux anatomistes. Winslow les appelait *fibres collatérales*. A. Cooper signale des *fibres transverses*, puis des *bandes additionnelles*, toutes croisant à angle droit la direction des fibres des piliers. En Angleterre, on les appelle encore *fascia intercolumnaris*. Pour J. Cloquet, ce sont des fibres à *direction transversale*. Thompson les avait désignées sous le nom de *fascia pectinéo-oblique*, de *fascia pectinéo-linea alba*, et Velpeau les appelait plus simplement *fibres en sautoir*. L'expression de *fibres arciformes*, généralement employée aujourd'hui, me paraît mieux leur convenir (fig. 219).

Thompson, guidé par ses recherches anatomiques, pensa que l'étranglement